

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1352

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Didier FOURMONT

Né le 19 janvier 1913 à Thury-Harcourt (Calvados).

ÉNORMES CALCULS

DE LA

PROSTATE

Président : M. MAURICE CHEVASSU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Didier FOURMONT

Né le 19 janvier 1913 à Thury-Harcourt (Calvados).

ÉNORMES CALCULS

DE LA

PROSTATE

Président : M. MAURICE CHEVASSU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Clinique de cardiologie

Clinique de neuro-chirurgie

Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIÈRE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLÉRY-
 RADOT.

MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.

ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBÉCOURT.

L AIGNEL-LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNÉO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.

VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.

MOCQUOT.
 OMBRÉDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...

HAZARD.
 MULON
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.....Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne.Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE.... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD....Parasitologie.
 GARCIN.....Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON.... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD.....Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA.....		CADENAT	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE CHEVASSU

Professeur de Clinique des Maladies urinaires
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages de profond respect et de vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR WOLFROMM

*Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de
cette thèse.*

*Avec mes remerciements pour la bien-
veillante sollicitude qu'il m'a témoignée.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE CAEN

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR LECORNU
MONSIEUR LE DOCTEUR VIGOT
MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPERON
MONSIEUR LE DOCTEUR MORICE
MONSIEUR LE DOCTEUR LERASLE
MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE GUIBÉ

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ECALLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

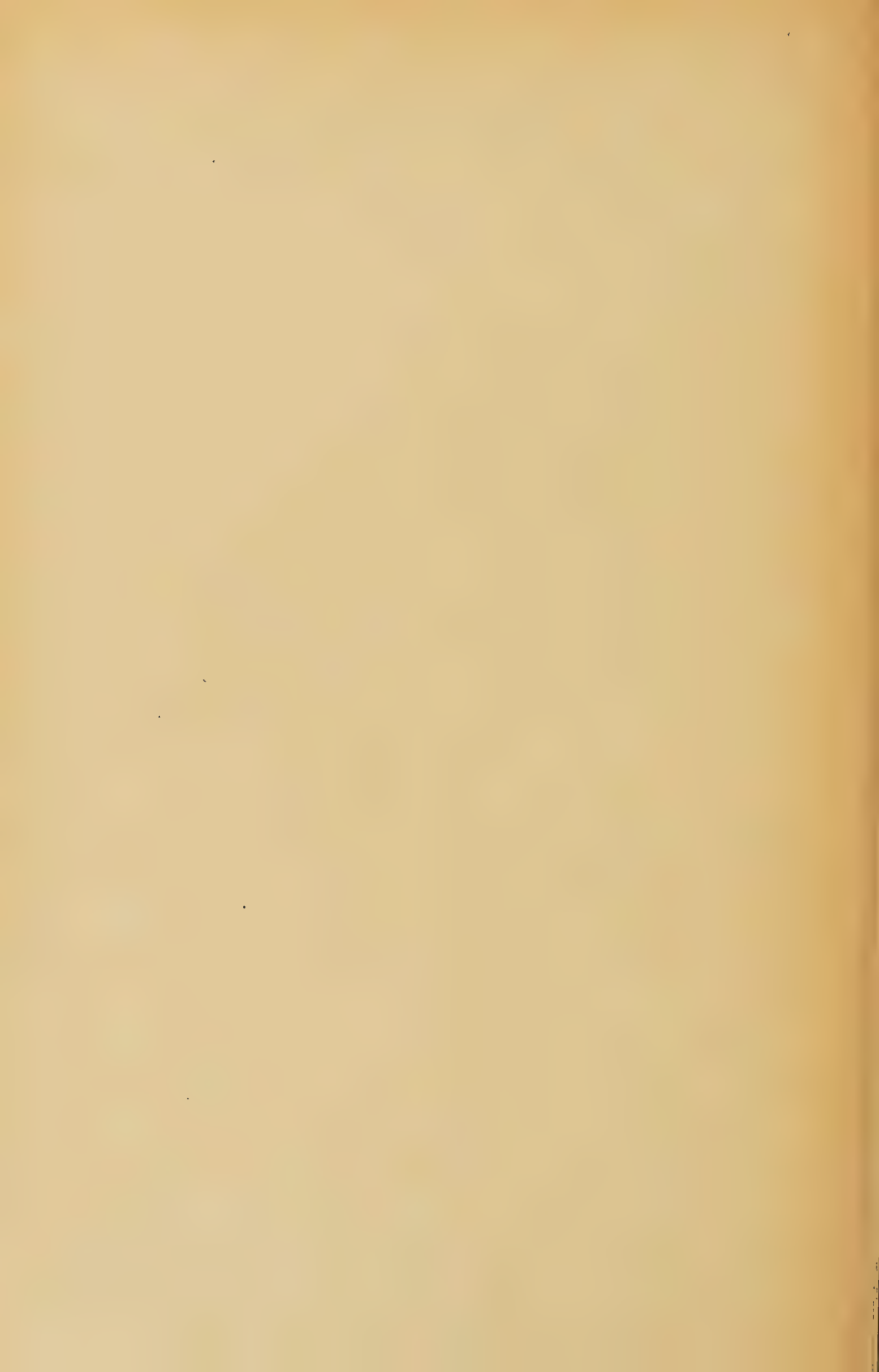
A MESSIEURS LES DOCTEURS

DUROISEL, SÉJOURNET, WOLFROMM

Le moment se prêtait mal à de longues recherches bibliographiques, à une patiente récolte de documents anatomiques et cliniques. Nous avons préféré étudier à fond la curieuse observation d'un malade que nous avons eu l'occasion de suivre avec le Dr Wolfromm.

Si exceptionnel que soit le cas de ce malade, il nous a semblé qu'il prêtait à un certain nombre de considérations intéressantes au point de vue du diagnostic et du traitement d'une telle affection.

Paris, le 14 septembre 1939.



ÉNORMES CALCULS

DE LA

PROSTATE

Le calcul auquel se rapporte ce travail n'est ni un calcul d'origine urinaire arrêté dans une lacune prostatique, ni un véritable calcul endogène développé dans une prostate à peine modifiée ou dans un adénome prostatique, c'est une énorme concrétion minérale développée dans une cavité prostatique suppurée, à la suite d'une infection de la glande au cours d'une blennorrhagie.

Nous allons exposer l'histoire du malade et la faire suivre de quelques aperçus touchant le diagnostic et le traitement de ces calculs.

Histoire clinique du malade.

M. A. Del..., âgé de 52 ans, vient consulter le 18 mars 1939 au comble de l'anxiété, car des examens qu'il a subis, de la part d'un urologue d'une grande expérience, et de la décision qui les a suivis, il a cru conclure qu'il était atteint d'un énorme cancer de la prostate. Il lui a été dit que nul traitement n'en était possible. Il vient, sans espoir, en appeler de ce verdict qui le frappe d'autant plus que l'urologue qui l'a prononcé, le soigne depuis de longues années.

Le malade, porteur d'un hypospadias périnée-scrotal, a eu, il y a trente ans, une blennorragie ; quelques années après, s'est développé un rétrécissement pour lequel le malade s'est fait assez régulièrement dilater. Il était atteint d'un écoulemens urétral intermittent et à plusieurs reprises ses urines se troublèrent, d'une façon telle qu'une division des urines fut pratiquée voici 10 ans : elle montra deux reins égaux et d'un fonctionnement parfait et on renonça à imputer aux reins l'origine de la suppuration.

Le malade continua à se faire dilater régulièrement

et subit un certain nombre de lavages de l'urètre et de la vessie.

*,
* * *

Voici deux mois, au milieu de janvier 1939, il apparut une grosseur indolore au périnée. Fin janvier, le malade fut brusquement pris de sueurs abondantes et de fièvre qui disparurent subitement quand se fut fistulisée spontanément cette grosseur qui était un abcès périnéal d'origine génito-urinaire. Il faut noter que jusqu'alors et par la suite des béniqués de gros calibre franchissaient parfaitement l'urètre.

Le malade urinait une ou deux fois par nuit ; mais en dehors des mictions le malade perdait ses urines distinguant mal s'il les perdait par l'urètre ou par la fistule, ces deux orifices étant assez voisins l'un de l'autre. Un pus extrêmement fétide sortait par moments de la fistule.

C'est à ce moment que l'urologue fort distingué, dans la polyclinique duquel le malade était soigné, fit un toucher rectal et s'écria qu'il n'avait jamais vu une prostate pareille et il laissa entendre au malade qu'une telle prostate était au-dessus de toute ressource thérapeutique. A cela et à quelque autre réflexion malheureuse, le malade comprit qu'il avait un énorme cancer de la prostate.

C'est alors que sur le conseil d'un ami, il vint consulter le D^r Wolfromm.

Le malade porte un hypospadias périnéo-scrotal dont le méat est un peu rouge et donne issue à une petite goutte de sérosité purulente. A trois centimètres en arrière un peu de pus malodorant s'écoule d'une fistule minuscule et que l'on a peine à trouver.

L'urine est limpide dans les trois verres, à part quelques filaments dans le premier. Elle contient des colibacilles. Les reins ne sont pas perceptibles. La vessie est vide après miction : aucun résidu.

Le toucher rectal montre une muqueuse rectale saine ; aucun abcès périrectal auquel puisse être attribuée la fistule. La prostate est remplacée par une masse ronde dure non comme du bois, mais comme de la pierre, parfaitement lisse, sans aucune bosselure et à limites parfaitement nettes, sans aucun estompage des bords, sans la moindre trace de corne prostatique. Il est vrai que le doigt n'atteint pas la limite supérieure de cette masse dure.

Devant une telle masse, on ne peut croire à un épithélioma de la prostate dont la croissance est toujours désordonnée et dont les limites ne sont jamais nettes, ni à un sarcome qui n'a jamais une telle dureté ; un tératome est bien improbable et le diagnostic clinique n'hésite guère qu'entre un kyste prostatique extrêmement tendu ou un calcul et penche plutôt vers le calcul. Aussi une radiographie est-elle immédiatement demandée.



FIG. 1. — Gros calculs de la prostate vus de face : un stylet enfoncé dans une fistule suppurée périnéale vient prendre contact avec eux (Cliché du Dr Gilson).

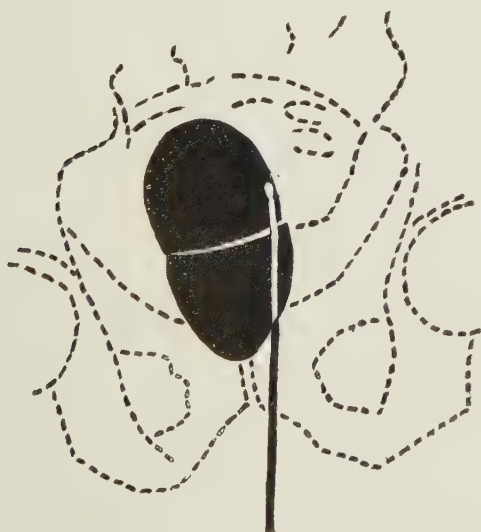


FIG. 2. — Interprétation de la figure 1.



Une double radiographie, face et profil est faite par le D^r Gilson.

La radiographie de face (fig. 1 et 2) montre une tache extrêmement opaque, ovalaire, à grand axe presque vertical, légèrement incliné sur la ligne médiane. Le grand diamètre vertical de cette tache est de 10 cm. Son plus grand diamètre transversal qui répond au milieu de la tache est de 5 cm., non loin de ce point, les deux bords de la tache sont légèrement échancrés. L'extrémité supérieure de la tache, à un centimètre sous son pôle supérieur, a 4 cm. de large ; l'extrémité inférieure de la tache, à 1 cm. de son pôle inférieur, n'a que 3 cm. de large.

Dans son ensemble cette tache ovale représente assez bien la silhouette de deux œufs, l'œuf supérieur, cassé à son petit bout, s'engage dans ce qui paraît le gros bout, cassé également, de l'œuf inférieur. Les deux parties de la tache sont légèrement inclinées l'une sur l'autre.

La radiographie de profil montre à peu près la même image, mais l'inclination des deux parties de la tache l'une sur l'autre est plus marquée.

Sur la radiographie de face, la vessie qui contient un peu moins de 100 gr. d'urine est visible ; son contour supérieur répond à l'échancrure qui étrangle légèrement la tache opaque vers sa partie moyenne.

Il s'agit donc bien d'une concrétion minérale très

volumineuse du bassin. Où siège-t-elle exactement ?

Ce n'est pas un simple calcul volumineux de la vessie car la tache déborde en haut la vessie. Mais il pourrait se faire que la partie supérieure de la tache fut enchatonnée dans un diverticule.

S'il ne s'agit pas d'un calcul vésical, peut-il s'agir d'un calcul péritonéal enclavé dans le cul-de-sac de Douglas. Cela paraît peu probable, car le cul-de-sac de Douglas ne descend pas, normalement du moins, si bas que descend le calcul.

Reste l'hypothèse d'un monstrueux calcul de la prostate, ce qui paraît assez vraisemblable étant donné que la pierre occupe exactement la place de la prostate bien qu'elle déborde largement en haut la limite supérieure normale de celle-ci.

Il est décidé de procéder à un nouvel examen radiographique.

*
* *

Un stylet est enfoncé aussi haut que possible par l'orifice fistuleux ; il gratte au passage une surface dure et rugueuse qui semble bien être celle d'un calcul.

Sur une radiographie de face, le stylet se projette sur le bord gauche de la tache ovale. Sur une radiographie de profil, il se projette nettement en avant de la tache, étant seulement tangent au versant antérieur de son pôle inférieur.



FIG. 3. — Tentative d'urétrographie à travers un méat hypospade.
L'urètre n'est dessiné que partiellement. La vessie apparaît en
avant des calculs (Cliché du Dr Gilson).

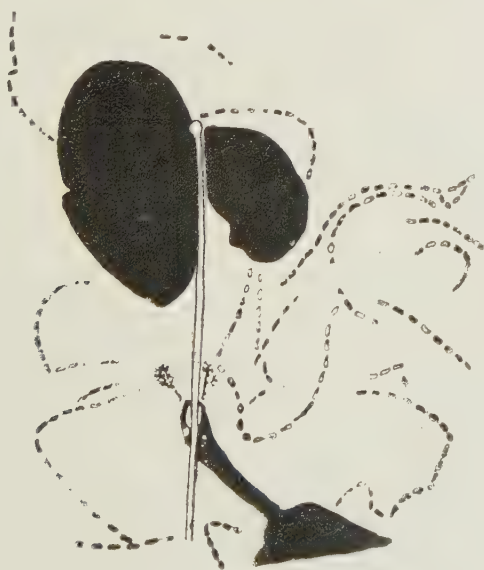


FIG. 4. — Interprétation de la figure 3.



FIG. 5. — Injection de lipiodol par la fistule suppurée périnéale. Le lipiodol s'insinue dans la loge suppurée qui contient les calculs. Devant ces derniers la vessie (Cliché du Dr Gilson).



FIG. 6. — Interprétation de la figure 5.

*
* *

Le stylet étant laissé en place, on tente une urétrographie au Lipiodol, que rend assez difficile le siège de l'hypospadias : l'abouchement de la seringue dans l'urètre est loin d'être étanche, en dépit de tous les efforts.

Une première injection dessine mal l'urètre, assez bien les glandes de Cooper, mais montre une vessie à silhouette festonnée que la quantité minime de liquide injecté est insuffisante à distendre. La vessie se projette alors de profil, en avant du milieu de la tache opaque qui la déborde légèrement en bas, largement en haut (fig. 3 et 4).

Une nouvelle injection dessine un peu mieux l'urètre, mais seulement jusqu'au niveau de l'abouchement des glandes de Cooper.

*
* *

Renonçant maintenant à l'urétrographie et enlevant le stylet repère, on injecte directement le lipiodol par la fistule. Cette injection ne pénètre pas dans la vessie, mais révèle l'existence d'une loge plus large que le calcul au moins dans sa partie inférieure. Une seconde image, prise après injection d'un supplément de lipiodol confirme ce renseignement (fig. 5 et 6).

*
* *

Le diagnostic est alors le suivant : il existe derrière la vessie une large poche, ne communiquant pas avec la vessie et n'ayant sans doute qu'une faible communication avec l'urètre. Dans cette poche sont inclus deux gros calculs superposés, une traînée de lipiodol a divisé en deux parties assez nettes la tache qui paraissait primitivement unique. Cette poche a dû se creuser dans la prostate et deux calculs s'y sont développés.

*
* *

La cystoscopie montre une vessie presque normale, un peu rouge, mais sans grande modification pathologique. Les deux uretères sont normaux, nul calcul n'est visible dans la vessie ; on n'a jamais senti le cystoscope frotter sur le calcul.

*
* *

Le chiffre de l'urée sanguine étant normal, une intervention est décidée. La taille des calculs est telle qu'une seule voie d'abord peut être envisagée, la voie transvésicale.

*
* *

OPÉRATION. — Le 15 mai 1939 (D^r Wolfromm), sous anesthésie au mélange de Schleich, il est fait une large cystostomie sus-pubienne. La paroi postéro-inférieure de la vessie est bien exposée. Sous elle on sent bom-

ber les calculs. Des deux uretères sont repères et trigone et paroi postérieure de la vessie sont incisés sur la ligne médiane, avec une pointe de bistouri électrique qui se heurte bientôt au calcul. Un flot de pus fétide s'écoule dans la vessie. Non sans difficultés, les deux parties du calcul sont successivement extirpées de leur loge. Comme celle-ci saigne un peu et pour assurer un certain drainage, on y insinue une mèche à peine tassée. Un tube de Marion est placé dans la vessie qui est suturée partiellement. Il n'y a eu aucune complication locale, mais quelques complications générales : pendant 5 jours le malade resta assez choqué ; il conserva longtemps de la tachycardie et eut trois petites embolies pulmonaires sans gravité. Finalement il rentra chez lui le 25 juin soit environ 40 jours après l'opération. Il gardait un peu d'irritation vésicale et la fistule périnéale n'était pas tarie. En août 1939, la malade allait bien. On se proposait de vérifier l'état de la loge débarrassée maintenant de ses deux énormes calculs, quand les circonstances politiques y mirent obstacle.

*
* *

Les deux calculs pesaient ensemble 150 gr. ; dont 65 pour le plus petit et 85 pour le plus gros ; ils représentaient chacun un important segment d'ovoïde et s'articulaient par une large surface brunâtre rendue lisse et brillante par le frottement.

Ils étaient formés de carbonate et de phosphate de chaux.

*
* * *

Le 19 septembre 1939, le malade, mis en confiance par un excellent état général, reprend son travail. Il accuse encore quelques troubles urinaires, quelques brûlures. L'examen des urines révèle de nombreux cristaux d'oxalates, quelques leucocytes et des bacilles colimorphes.

L'infection est en voie de régression, quand une nouvelle crise survient, le 20 décembre 1939, déclenchée par le mauvais état de l'intestin.

Sous l'influence du traitement diététique et des désinfectants, le 16 mai 1940 tout est rentré dans l'ordre. De récentes nouvelles du malade (janvier 1941) confirment sa guérison.

II

Considérations sur le diagnostic de la maladie.

1. — Le passé du malade.

Comme bien souvent, dans ces cas, assez rares d'ailleurs de gros calculs, on trouve au malade un passé blennorragique chargé. On a dû rencontrer lors du traitement de sa blennorragie par les lavages et les instillations, les mêmes difficultés qui ont été rencontrées lors de l'injection urétrographique. Le traitement n'a pas dû aller tout seul et une prostatite n'a pas tardé à compliquer l'urétrite.

Y avait-il vraiment un rétrécissement ? C'est possible, mais rien n'en donne la certitude : le canal à l'urétrographie ne semble nullement dilaté en amont et cependant la vessie s'est fort bien injectée : ce n'est pas à cause d'un obstacle que ce canal ne s'est pas rempli dans son segment supérieur. L'absence de dilatation de son segment inférieur prouve aussi qu'une pression forte n'a pas été nécessaire pour remplir la vessie.

Le cystoscope, les béniqués, les sondes ont toujours

passé avec la plus grande facilité, malgré le peu de prise à la traction qui permettait l'hypospadias. Toute la maladie semble finalement s'être réduite à une prostatite chronique.

2. — Des traitements prolongés des infections urétrales sans un diagnostic complet.

Ce malade a été traité pendant des années par la dilatation et des lavages sans qu'on semble avoir pris souci d'arriver à un diagnostic exact. En particulier, nulle radiographie n'a été faite alors que le malade présentait une pyurie suffisante pour qu'il fut fait une division des urines. Nulle urétrographie n'a été pratiquée, ce qui eut été possible au moins dans les dernières années de sa maladie.

Il faut tirer de cela un enseignement. Ne pas s'acharner à un traitement symptomatique d'urétrite sans avoir tiré aussi au clair que possible toute l'histoire du malade. Ou une cause aux troubles est découverte et le traitement dès lors bien orienté à quelque chance de donner un résultat, ou nulle cause précise des troubles n'est découverte et le mieux est peut-être de laisser le malade tranquille.

Tout malade présentant une pyurie doit être radiographié. Le calcul ne s'est pas développé en quelques semaines et il y est probable que 5 ou 10 ans avant, beaucoup moins gros, il eut été d'une extraction moins laborieuse.

Il faut cependant faire une réserve, nous ignorons toujours devant un calcul le temps qu'il a pu mettre à se former et quelques exemples impressionnants ont montré la possibilité de croissances extrêmement rapides de concrétions minérales.

3. — Les données du toucher.

Le toucher était ici assez clair. Il criait nettement qu'il ne pouvait s'agir d'un néoplasme. Celui-ci est toujours plus ou moins bosselé et mal limité sauf naturellement à sa période de début. Mais on n'observe jamais d'épithélioma de cette taille avec des contours d'une netteté si rassurante et une surface si lisse.

4. — Les mérites de l'urétrographie.

On peut reprocher à cette observation l'absence d'une urétroscopie. Mais les renseignements de l'urétrographie dans un tel cas étaient infiniment plus explicites que ceux qu'eût pu donner l'urétroscopie : elle eut sans doute montré une irritation, une tuméfaction de la muqueuse de l'urètre prostatique et peut être permis de voir sourdre en un point de l'urètre du pus par un petit pertuis. On a cru pouvoir s'en dispenser pour éviter au malade déjà très nerveux un examen de plus.

On pourrait dire que l'urétrographie n'a donné que des renseignements négatifs : qu'elle a seulement dit

qu'il n'y avait pas une large communication entre l'urètre et la loge qui contenait le calcul ; mais l'injection de lipiodol par la fistule doit être regardée comme une variante de l'urétrographie et elle a admirablement mis en évidence les rapports de la poche : 1^o avec le calcul ; 2^o avec la vessie.

Ainsi l'urétrographie, jointe à la radiographie (face et profil) du calcul avec un stylet dans la fistule et à l'injection même du trajet fistuleux, a donné des renseignements anatomiques tels que les moindres temps de l'opération ont pu être prévus à l'avance, ce qui dans une opération aussi peu usitée est infiniment précieux pour le moral du chirurgien.

5. — Du volume du calcul.

Le calcul enlevé ou plutôt les deux calculs enlevés étaient énormes, toutefois ils n'atteignent pas le volume record. M. Oraison dans l'Encyclopédie française d'urologie rapporte l'histoire d'un calcul de Ferreri qui atteignait le poids de 102 grammes et d'un calcul de Nicolich qui atteignait le poids de 320 grammes. Ce dernier calcul fut très péniblement enlevé par la voie périnéale. Utiliser la voie haute eut été plus sage, comme nous le verrons tout à l'heure.

III

Considérations sur le traitement du malade.

1. — Choix de la voie d'abord.

Il ne pouvait ici y avoir aucun doute. Un tel calcul n'eut pu être enlevé par le périnée sans énormes délabrements, sans menaces pour les nerfs érecteurs, pour le rectum et pour l'urètre. La voie transvésicale s'imposait et le calcul put être enlevé véritablement à ciel ouvert.

Il y a trois voies pour enlever les calculs de la prostate : la voie endoscopique, la voie périnéale, la voie transvésicale.

La voie endoscopique est une voie acrobatique et qui doit blesser l'urètre plus qu'elle ne le ménage : elle est à déconseiller à qui n'est pas parfaitement rompu à l'endoscopie à vision directe et ne s'applique d'ailleurs qu'à de petits calculs qui montrent leur nez à la fenêtre d'une lacune prostatique ; on les énuclée à la curette, on les saisit, parfois en les broyant à la pince ; il risque d'en résulter un véritable hachis uréthro-prostatique. D'ailleurs cette voie ne peut s'appliquer aux calculs endogènes noyés au milieu de la prostate.

La voie périnéale, dit judicieusement M. Gayet s'applique soit à de petits calculs uniques soit à des calculs uniques ou multiples, mais de petite taille, développés dans une prostate très infectée, très abcédée qu'il peut sembler y avoir intérêt à drainer par en bas. Cependant chaque fois que l'on incise une collection prostatique — et c'est souvent une incision fortuite — par la voie transvésicale, il n'en résulte pas grand inconvénient pour le malade. Celui-ci généralement guérit complètement.

La voie haute, avec l'habitude que les urologues ont aujourd'hui de la cystostomie, est vraiment la voie de choix qu'il s'agisse de calculs énormes ou de calculs multiples et que la prostate soit ou non très abcédée, soit ou non adénomateuse.

2. — De la gravité de l'opération.

Si simple que l'opération ait été ici, elle n'a pas été une opération bénigne. Le malade a été infiniment plus choqué et atteint de plus de complications que si on lui avait fait un large étincelage d'un cancer vésical avec implantation d'aiguilles de radium.

On peut faire bien des choses dans une vessie dès qu'on n'en dépasse pas les limites, mais celles-ci dépassées, que ce soit vers la prostate, ou vers l'atmosphère celluleuse périvésicale, les complications risquent de pleuvoir sur le malade. Ce sont des risques qu'il faut non pas éviter, mais peser.

Conclusions.

Les calculs de la prostate sont capables d'atteindre un volume énorme.

Les troubles cliniques auxquels ils donnent naissance sont ceux du rétrécissement de l'urètre, de l'urétrite chronique et de l'infection urinaire basse.

Leur diagnostic ne peut être fait avec certitude ni par le toucher rectal, ni par l'exploration de l'urètre à la sonde ; il faut recourir à la radiographie, radiographie simple d'abord, puis urétrographie. Si la cavité purulente qui entoure souvent le calcul s'est fistulisée à la peau il faut de plus recourir au repérage du trajet fistulé par la radiographie après mise en place d'un stylet et par l'injection de lipiodol dans ce trajet.

L'opération qui peut être assez complexe, sans être pour cela bien difficile, sera rendue très aisée par la connaissance exacte des rapports anatomiques du calcul que donne l'exploration radiologique dès qu'on y apporte quelque raffinement.

On peut s'attendre à des suites opératoires assez agitées ; l'extraction du gros calcul de sa loge demande des manœuvres qui restent brutales, malgré

toute la douceur qu'on se propose d'y apporter. De telles manœuvres ne sont pas sans risques dans un milieu très infecté et qui est particulièrement propice à l'extension de l'infection.

Les calculs même volumineux de la prostate s'accompagnent de troubles cliniques assez peu significatifs ; on n'a chance d'arriver au diagnostic exact qu'en utilisant les ressources les plus fines de l'urologie : c'est ce que l'on doit toujours faire devant un tableau clinique obscur et non pas se contenter de prescrire mécaniquement un banal traitement d'urétrite ou de rétrécissement.

Vu : le Président de la thèse,

M. CHEVASSU.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- POUSSON (A.). — Sur un cas de calculs endoprostatiques. Soc. franç. d'Urologie, 14 juin 1920 in *Journal d'Urologie*, t. X, n° 1, p. 52-56.
- LE FER (R.). — Calculs de la prostate extraits par urétroscopie. Soc. franç. d'Urologie, 15 février 1926 in *Journal d'Urologie*, t. XXI, n° 3, p. 241 à 248.
- TRIFE (M. V.) (Bucarest). — Deux cas de calculose vésicoprostatique. Soc. franç. d'Urologie, 4-8 octobre 1927 in *Journal d'Urologie*, t. XXIV, n° 5, p. 458.
- GAYET (G.). — Etude sur quelques cas de calculs de la prostate. Mémoire original in *Journal d'Urologie*, t. XXV, n° 4, p. 305 à 323.
- TACHOT. — Nombreux calculs endogènes dans un adénome prostatique ; gros calculs vésicaux. Taille puis prostatectomie. Guérison. Soc. franç. d'Urol. du Sud-Ouest in *Journal d'Urol.*, t. 45, n° 4, p. 350-51.
- WELFEID (Richard), KENNEDY (L. et HILLABRAND (J. G.). — Calcul prostatique après résection. In *Journal d'Urologie. Analyses*, t. 44, n° 2, p. 186 ; *Urol. Cut. Rev.*, mai 1937, p. 317.
- MONTSARRAT (Liverpool). — Calculs enkystés de la prostate. *The British Medical Journal*, n° 2662, 6 janv. 1912, p. 3 à 8 avec 4 fig.
- KRAVTCHEKO (J. J.). (Rostoff-sur-Don). — Etude sur les calculs solitaires de la prostate. *Chirurgia*, t. XXXII, n° 190, octobre 1912, p. 498 à 501, 1 fig.

GIOA (E.). — Sur la lithiase prostatique. *Annali Italiani di Chirurgia*, an. IV, fasc. 4, 30 avril 1925, p. 299-320.

GAYET (G.) (Lyon). — Etude sur quelques cas de calculs de la prostate. *Journal d'Urologie*, t. XXV, n° 4, avril 1928, p. 305 à 323.

FALCONE (Naples). — Calculs de la prostate enlevés par prostatectomie transvésicale. *Clinica chirurgica*, 1909, t. XVII, n° 1, janvier, p. 36 à 44.
